
Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190426038

Vítima: MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 11/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 044.617.537-43 4 - Nome completo da vítima: Miguel Francisco da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Miguel Francisco da Silva 6 - CPF: 044.617.537-43
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Santa Luzia 9 - Número: 54 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mauá Andreazza 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Telefone: (081) 98663-4900

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2194 4 CONTA: 13 261 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de indenização com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Base do pedido da vítima:
25 - Graude Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou filhos/irmãos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e arcuarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO



34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: Danielli Vaz da Silva
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 056-313-494-18
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: Danielli Vaz da Silva
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: Danielli Vaz da Silva

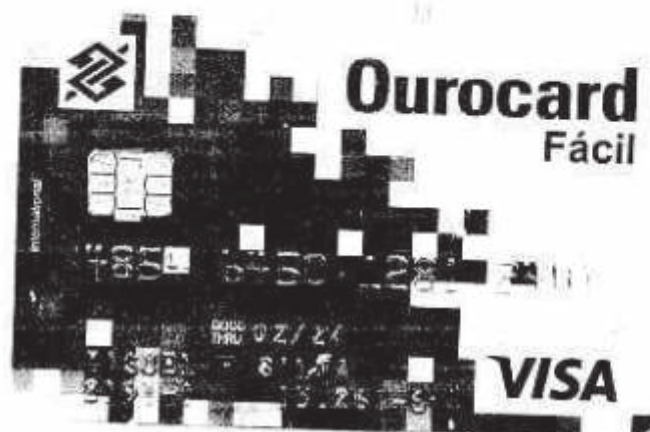
38 - 1ª Nome: José Antonio da Silva
CPF: 313746704-72
Assinatura da testemunha:
39 - 2ª Nome: Adriana da S. Macedo
CPF: 258 553724-29
Assinatura da testemunha: Adriana da S. Macedo

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 03/07/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



2191-1

13.261-6.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 06224.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 06224.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:03 horas do dia 05 de junho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Miguel Francisco da Silva**, CPF nº 044.617.537-43, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Regina Maria da Conceição e Francisco Anísio da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 10/07/1952 (66 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santa Luzia, bairro Centro, tendo como ponto de referência Bayeux, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98822-2301.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rodovia Br 101, Doce Mel, Mamanguape/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/03/19 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

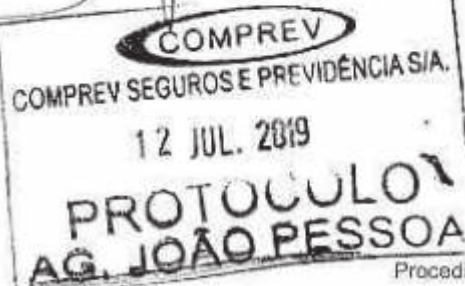
QUE NO DIA 11/03/2019, POR VOLTA DAS 09:30, ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA START DE COR VERMELHA, ANO 2016/17, PLACA OXO-0422/PB, CHASSI 9C2KC2500HR021630, REGISTRADA EM NOME DE SEVERINO FERNANDES DE OLIVEIRA, NA RODOVIA BR 101, ALTURA DA CIDADE DE MAMANGUAPE/PB, A QUAL ESTAVA SENDO PILOTADA PELO SENHOR ADÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO, PORTADOR DO CPF 632225744-72, QUANDO O PNEU TRASEIRO DA REFERIDA MOTOCICLETA ESTOUROU, FAZENDO COM QUE O SENHOR ADÃO PERDESSE O CONTROLE DA MESMA E OS DOIS CAÍSSEM NO CHÃO; QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DE TORNOZELO DIREITO, CONFORME LAUDO MEDICO ASSINADO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de junho de 2019.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


MIGUEL FRANCISCO DA SILVA
Notificante



Procedimento Policial: 06224.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 044.617.537-43 4 - Nome completo da vítima: Miguel Francisco da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Miguel Francisco da Silva 6 - CPF: 044.617.537-43
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Santa Luzia 9 - Número: 54 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mauá Andreazza 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Telefone: (081) 98663-4900

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2194 4 CONTA: 13 261 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de indenização com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Base do pedido da vítima:
25 - Graude Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou filhos/irmãos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e arcarem com esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO



34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: Danielli Vaz da Silva
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 056-313-494-18
36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: Danielli Vaz da Silva
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: Danielli Vaz da Silva

38 - 1ª Nome: João Antonio da Silva
CPF: 313746704-72
Assinatura da testemunha: João Antonio da Silva
39 - 2ª Nome: Adriana da S. Macedo
CPF: 258 553724-29
Assinatura da testemunha: Adriana da S. Macedo

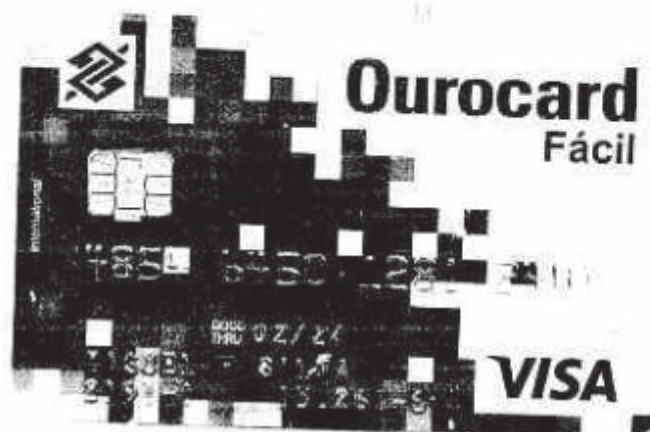
TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 03/07/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



2191-1

13.261-6.





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1148357



Identificação do paciente

| | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|---|
| ID 603571 | Nome MIGUEL FRANCISCO DA SILVA | Sexo Masculino |
| Data de nascimento 10/07/1952 | Idade 66 anos 8 meses 1 dia | Estado civil CASADO(A) |
| Mãe REGINA MARIA DA CONCEICAO | Religião CATOLICA | Prontuário |
| Escolaridade ANALFABETO | Pai FRANCISCO ANISIO DA SILVA | |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 991572994 | Responsável (Parentesco) MARIA APARECIDA SOARES - ACOMPANHANTE |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | DDD Fixo | Fone Fixo |
| Local de procedência MAMANGUAPE | Número documento 2577145 | Nº Cns 206750039320001 |
| Email | Naturalidade MAMANGUAPE | Tipo MUNICIPIO |
| | | UF PB |
| | | CBO/R |

Endereço

| | | | |
|-----------------|---|------------------|---------------------------------|
| CEP 58291000 | Município de residência CURRAL DE CIMA | UF PB | Logradouro ANTONIO FERNANDES |
| Número SN | Complemento | Bairro CENTRO | |

Admissão

| | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|
| Data e Hora 11/03/2019 11:29:02 | Número da pulseira 1000007251589 | Convênio SUS |
| Especialidade CIRURGIA GERAL | Clinica | |
| Classificação de risco | Origem do paciente RUA | |
| Caráter de atendimento | Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS |

Indicadores e Transporte

| | | | |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Veio de ambulância Não | Trauma Não |
| Meio de transporte SAMU | Quem transportou | | |

Sinais Vitais

| | | |
|--------------|-------|-------------|
| PA X mmHg | Pulso | Temperatura |
|--------------|-------|-------------|

Exames complementares

| | | | | | | |
|-----------|-----------|----------|-------|-----------|--------|--------------------|
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
|-----------|-----------|----------|-------|-----------|--------|--------------------|

Dados clínicos: Paciente deu entrada na unidade trazido pelo SAMU, vítima de acidente de moto

| | | |
|--|-----------------------------------|--|
| Diagnóstico | COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A | Sueliane Felipe de Silva COORDENADORA - ENF CD |
| Atendido por JULLY CESAR FERREIRO DOS ANJOS | 12 JUL 2019 Impressão | Tempo 33seg |

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

| | | | | | | | |
|---|--------------------|-------------------|--|------|--------------------------------------|------------------------|-----------------|
| Nome MIGUEL FRANCISCO DA SILVA | | | | | | CNS 206750039320001 | Prontuário |
| Data de Nascimento 10/07/1952 | Idade 66A 8M 1D | Sexo Masculino | Raça / Cor PARDA | Peso | Altura | Pressão | Temperatura |
| Nome da Mãe REGINA MARIA DA CONCEICAO | | | Nome da Pai FRANCISCO ANISIO DA SILVA | | | | |
| Endereço ANTONIO FERNANDES | | | Bairro CENTRO | | | | Cep 58291000 |
| Município CURRAL DE CIMA - PB | | | Telefone Residencial | | Telefone Celular (83) 991572994 | | |
| Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA | | | CNES 2593262 | | Telefone (83) 32165700 | | |

Dados da unidade de atenção primária

| | | |
|--|---|---|
| Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY | AP | Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB |
| Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR | | |
| Resultado de exames complementares PACIENTE APRESENTA FRATURA FECHADA DE MALÉOLO MEDIAL DE TORNOZELO DIREITO. JÁ LIBERADO PELA NEUROCIRURGIA E CIRURGIA GERAL. CD: CONFORME PACTUAÇÃO, ENCAMINHO PACIENTE PARA ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA. | | |
| CID S82.5 | Data de encaminhamento 12/03/2019 04:29:40 | |

Assinatura e carimbo do profissional

Carimbo do profissional
2593262
CNES
Senador Humberto Lucena
Trauma e Emergência

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02191-1

CONTA: 000010013261-8

Nr. da Autenticação 35297CC74043FC72

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolero para sempre pagando da nota fiscal caso da energia elétrica. N° 025.514.181



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.323-0

| DADOS DO CLIENTE | | | CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR | |
|---|--------------|---------|----------------------------|---------------|
| SEVERINO DO RAMO DA SILVA RUA SANTA LUZIA 54 QD 96 LT 08 BAYEUX | | | 5/420506-8 | |
| REFERÊNCIA | APRESENTAÇÃO | CONSUMO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
| MAI/2019 | 27/05/2019 | 97 | 03/06/2019 | R\$ 85,40 |

Acesse: www.energisa.com.br


| | | | | |
|--|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL | | | | |
| CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/06/2019 | | | | |
| Pagador: SEVERINO DO RAMO DA SILVA CNPJ/CPF: 044.995.544-38 | | | | |
| RUA SANTA LUZIA 54 QD 96 LT 08 - MARIO ANDREAZZA - BAYEUX / PB - CEP 00000-000 | | | | |
| Nosso Número | Nr Documento | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
| 26249120002018614 | 000420506201905 | 03/06/2019 | R\$ 85,40 | |
| BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA | | | | 09.095.183/0001-40 |
| BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 | | | | |
| Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3 | | | | |



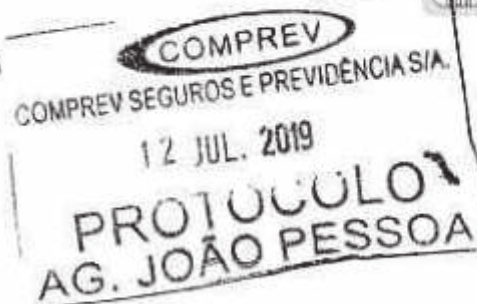
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Severino Fernandes de Oliveira,
RG nº 472.506, data de expedição 14/11/2017
Órgão SSPB, portador do CPF nº 472-506154-91 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. formalista HILTON MONIZ, nº 75,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Diegel Francisco da Silva cujo o condutor era
Adair Francisco do Nascimento

Veículo: moto
Modelo: HONDA START
Ano: 2016/17
Placa: OXO-0422/PB
Chassi: 9C2KC2500HR021630
Data do Acidente: 11-03-19
Local e Data: João Pessoa, 10-06-19


Assinatura do Declarante
(com reconhecimento de assinatura por verdadeira ou autenticidade)


Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Severino Fernandes de Oliveira,
RG nº 472.506, data de expedição 14/11/2017
Órgão SSPB, portador do CPF nº 472-506154-91 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. formalista HILTON MONIZ, nº 75,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Diegel Francisco da Silva cujo o condutor era
Adair Francisco do Nascimento

Veículo: moto
Modelo: HONDA START
Ano: 2016/17
Placa: OXO-0422/PB
Chassi: 9C2KC2500HR021630
Data do Acidente: 11-03-19
Local e Data: João Pessoa, 10-06-19


Assinatura do Declarante
(com reconhecimento de assinatura por verdadeira ou autenticidade)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVICO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 1º OFÍCIO DISTRITAL
Det. Roberto Vieira Batista - Titular - Det. Rosângela Vieira Batista - Substituto
Rua Elias Pereira de Azevedo, 100 - João Pessoa - PB - CEP 55040-000 - Fone/Fax (33) 3333-3333

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fmras(s) do(s):
SEVERINO FERNANDES DE OLIVEIRA
Em test. da verdade, João Pessoa - PB 10/06/2019 14:32:38
Maricleide Alexandre da Silva Norais - ESCRIVENTE AUTO
[2019-025999]ENDL:R\$ 19,91 FAREJOS:R\$ 0,20 DEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AIR47681-LXFY
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
12 JUL. 2019
PROTUCULO
AG. JOÃO PESSOA





210

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

| | |
|--------------------|---------------------------|
| NOME DO PACIENTE | MIGUEL FRANCISCO DA SILVA |
| DATA DE NASCIMENTO | 10/07/52 |
| NOME DA MÃE | REGINA MARIA DA CONCEIÇÃO |

DADOS EXTRAÍDOS

| | |
|------------------------|--|
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 1.148.357 |
| DATA DO ATENDIMENTO | 11/03/19 |
| HORA DO ATENDIMENTO | 11:29 |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO | ACIDENTE DE MOTOCICLETA |
| DIAGNÓSTICO (S) | FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DE TORNOZELO DIREITO |
| CID 10 | |

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, refere dor em pé direito, dor torácica e dor na cabeça e face. Nega perda da consciência. Glasgow 15. Paciente apresenta fratura fechada de maléolo medial de tornozelo direito. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira, conforme pactuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax
RX de tornozelo direito
TC de cranio
RX de pé direito
TC de face

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de maléolo medial de tornozelo direito

TRATAMENTO:

Imobilização. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira, conforme pactuação.

| | |
|------------------|----------|
| ALTA HOSPITALAR: | 12/03/19 |
| DATA DA EMISSÃO: | 06/05/19 |

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

| | | | |
|---|--|---|--|
| Paciente MIGUEL FRANCISCO DA SILVA | BAE 1148357 | Data/Hora Entrada 11/03/2019 11:29:02 | Data Baixa |
| Data de nascimento 10/07/1952 | Idade 66a 8m 2d | Sexo Masculino | CNS 206750039320001 |
| Mão REGINA MARIA DA CONCEICAO | | | Telefone de Contato (83) 991572994 |
| Endereço ANTONIO FERNANDES, SN | Bairro CENTRO | Município CURRAL DE CIMA | UF PB |
| Acidente QUEDA / OUTROS | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO | Nº Cons. Regional 6311/ |
| Data/Hora Classificação 11/03/2019 11:29:02 | | Data/Hora Prescrição 12/03/2019 04:28:49 | |

Anamnese

PACIENTE EVOLUI COM QUADRO CLÍNICO ESTÁVEL, EUPNEÍCO, HIDRATADO, CONSCIENTE E ORIENTADO. ABDOME: FLÁCIDO, INDOLOR E SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. REFERE DOR EM HEMITÓRAX ESQUERDO. PEÇO PARA REALIZAR RX DE TÓRAX POR NÃO ENCONTRAR O MESMO JÁ SOLICITADO NO SISTEMA. RX DE TÓRAX SEM EVIDÊNCIA DE HEMO OU PNEUMOTÓRAX.

CONDUTA: LIBERO DA CIRURGIA GERAL.

SEGUE AOS CUIDADOS DA NEUROCIRURGIA.

Conduta

Em observação

MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

Dr. Cicero Ludgero A. de Melo
Cirurgião Geral
Cirurgião Oncológico
CRM: 6311

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO
(CRM: 6311/)

ÁREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

| | | | |
|---|--|--|--|
| Paciente MIGUEL FRANCISCO DA SILVA | BAE 1148357 | Data/Hora Entrada 11/03/2019 11:29:02 | Data Baixa |
| Data de nascimento 10/07/1952 | Idade 66a 8m 2d | Sexo Masculino | CNS 208750039320001 |
| Mãe REGINA MARIA DA CONCEICAO | | | Telefone de Contato (83) 991572994 |
| Endereço ANTONIO FERNANDES, SN | Bairro CENTRO | Município CURRAL DE CIMA | UF PB |
| Acidente QUEDA / OUTROS | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional JUAREZ SILVESTRE NETO | Nº Cons. Regional 11302/PB |
| Data/Hora Classificação 11/03/2019 11:29:02 | | Data/Hora Prescrição 12/03/2019 04:01:43 | |

Anamnese

#CIRURGIA GERAL#

#REAVALIAÇÃO#

#PACIENTE APRESENTA-SE CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, LOTE, AFIRMANDO DOR TORÁCICA LEVE E DOR EM MID. NEGA DISPNEIA, NAUSEAS, VÔMITOS E DOR ABDOMINAL.

RADIOGRAFIA DE TORAX NÃO REALIZADA.

CD: 1. SOLICITO RX DE TORAX PA E PERFIL.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)

CID10

| Código | Descrição |
|--------|------------------------------|
| T14.9 | Traumatismo não especificado |

Conduta

Em observação

MIGUEL FRANCISCO DA SILVA


Dra. Débora Nogueira
Médica
CRM 11815JUAREZ SILVESTRE NETO
(CRM: 11302/PB)

POSTO I A

Endereço: INTERNO, S/N, JOAO PESSOA - PB, 11111111

Tel:

CNES: 454546

| | | | |
|---------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------|
| Paciente | BAE | Data/Hora Entrada | Data Baixa |
| MIGUEL FRANCISCO DA SILVA | 1148357 | 11/03/2019 11:29:02 | |
| Data de nascimento | Idade | Sexo | CNS |
| 10/07/1952 | 66a 8m 1d | Masculino | 206750039320001 |
| Mãe | | | Telefone de Contato |
| REGINA MARIA DA CONCEICAO | | | (83) 991572994 |
| | | | Prontuário |
| Endereço | Bairro | Município | UF |
| ANTONIO FERNANDES, SN | CENTRO | CURRAL DE CIMA | PB |
| Acidente | Motivo | Profissional | Nº Cons. Regional |
| QUEDA / OUTROS | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES | 5724/PB |
| Data/Hora Classificação | | Data/Hora Prescrição | |
| 11/03/2019 11:29:02 | | 11/03/2019 20:43:42 | |

Anamnese

BMF: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 1 HORA REFERINDO DOR NO PÉ DIREITO, E TRAUMA NA CABEÇA E TORAX COM FERIMENTO ABRASIVO NA FACE. NEGA DESMAIO, VÔMITOS. ENCONTRA-SE EM MACA, VERBALIZANDO, NORMOCORADO, AFEBRIL AO TOQUE.

AO EXAME FÍSICO FOI OBSERVADO QUE OS MOVIMENTOS MANDIBULARES E ABERTURA DE ESTÃO PRESERVADOS, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS

AO EXAME DE IMAGEM (TC DE FACE), FOI OBSERVADO TRAÇO DE FRATURA EM ASSOALHO DE ORBITA DIREITA.

CD:

1 AVALIAÇÃO DA BMF

2 ORIENTAÇÕES

3 ALTA DA BMF COM RETORNO PARA REAVALIAÇÃO AMBULATORIAL NO HTOP DIA 22/03/2019

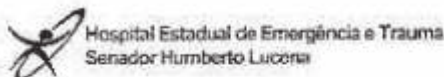
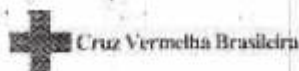
4 AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

MIGUEL FRANCISCO DA SILVA


Ana Karina M. Tormes
C. BUL. 5724ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES
(CRO: 5724/PB)

**AREA AMARELA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

| | | | |
|--|--|--|--|
| Paciente MIGUEL FRANCISCO DA SILVA | BAE 1148357 | Data/Hora Entrada 11/03/2019 11:29:02 | Data Baixa |
| Data de nascimento 10/07/1952 | Idade 66a 8m 2d | Sexo Masculino | CNS 206750039320001 |
| Mãe REGINA MARIA DA CONCEICAO | | | Telefone de Contato (83) 991572994 |
| Endereço ANTONIO FERNANDES, SN | | | Prontuário |
| Bairro CENTRO | | Município CURRAL DE CIMA | UF PB |
| Acidente QUEDA / OUTROS | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional BRUNO DE LUNA ROMA | Nº Cons. Regional 10075/PB |
| Data/Hora Classificação 11/03/2019 11:29:02 | | Data/Hora Prescrição 11/03/2019 23:58:24 | |
| Anamnese # ORTOPEDIA PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 1 HORA . REFERE DOR NO TORNOZELO E PÉ DIREITO, TÓRAX E TRAUMA NA FACE E CABEÇA . NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, CERVICALGIA, COMORBIDADES OU ALERGIAS. PACIENTE DIABÉTICO EF: EDEMA (2+/4+) NO TORNOZELO DIREITO; NEUROVASCULAR PRESERVADO NO MID; AUSÊNCIA DO 2º PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO SEM SINAL DE FRATURA OU LUXAÇÃO CD: SOLICITO RAO X TORNOZELO DIREITO ORIENTADO POR DR. RODRIGO AMARAL | | | |
| Conduta Em observação | | | |

MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM 10075/PB)

A DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 2165700
CN: 2778696

| | | | |
|---------------------------|-------------------------|---|---------------------|
| Paciente | BAE | Data/Hora Entrada | Data Baixa |
| MIGUEL FRANCISCO DA SILVA | 1148357 | 11/03/2019 11:29:02 | |
| Data de nascimento | Idade | Sexo | CNS |
| 10/07/1952 | 66a 8m 1d | Masculino | 206750039320001 |
| Mãe | | | Telefone de Contato |
| REGINA MARIA DA CONCEICAO | | | (83) 991572994 |
| Endereço | Bairro | Município | UF |
| ANTONIO FERNANDES, SN | CENTRO | CURRAL DE CIMA | PB |
| Acidente | Motivo | Profissional | Nº Cons. Regional |
| QUEDA / OUTROS | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS | 8267/PB |
| Data/Hora Classificação | | Data/Hora Prescrição | |
| 11/03/2019 11:29:02 | | 11/03/2019 14:32:20 | |

Anamnese

Neurocirurgia

Avalio paciente com historia de queda de moto, sem sinais de alarme.
nega dor cervical.

Ao exame: ECG 15, PIFR, sem déficit focal.

TC Cranio sem afecções neurocirurgicas de urgencia.

Cd;
oriento sinais de alarme.
Alta da Neurocirurgia.

Conduta

Em observação

Dr. Fernando R. Gondim C. de Vasconcelos
NEURÓCIRURGIA
CRM-PB 8267
CREMESP 158482

MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS
(CRM: 8267/PB)

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

| | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| Paciente MIGUEL FRANCISCO DA SILVA | BAE 1148357 | Data/Hora Entrada 11/03/2019 11:29:02 | Data Baixa |
| Data de nascimento 10/07/1952 | Idade 66a 8m 1d | Sexo Masculino | CNS 206750039320001 |
| Mãe REGINA MARIA DA CONCEICAO | | | Telefone de Contato (83) 991572994 |
| Endereço ANTONIO FERNANDES, SN | Bairro CENTRO | Município CURRAL DE CIMA | UF PB |
| Acidente QUEDA / OUTROS | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO | Nº Cons. Regional 185222/SP |
| Data/Hora Classificação 11/03/2019 11:29:02 | | Data/Hora Prescrição 11/03/2019 14:12:12 | |

Anamnese

ortopedia

paciente com dor, edema e redução de adm em tornozelo direito decorrente de acidente (nao especificou) hoje neurovascular preservado

cdt: rx de tornozelo direito ap e perfil

staff: dr toribio

CUIDADOS

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: ORIENTAR PARA REALIZAR RADIOGRAFIA DE CALCANEIO DIREITO EM AP E PERFIL)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: RADIOGRAFIA DE CALCANEIO DIREITO EM AP E PERFIL)

Conduta

Em observação

MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
(CRM: 185222/SP)Dr. José Rogaciano
Machado Couto
CRM-PB 9215
CRM-SP 185222



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel:

CNES: 6121221

| Paciente MIGUEL FRANCISCO DA SILVA | | BAE 1148357 | Data/Hora Entrada 11/03/2019 11:29:02 | Data Baixa | | | | |
|---|--|---|---|--|--------|-----------|-------|------------------------------|
| Data de nascimento 10/07/1952 | Idade 66a 8m 1d | Sexo Masculino | CNS 206750039320001 | Telefone de Contato (83) 991572994 | | | | |
| Mãe REGINA MARIA DA CONCEICAO | | | | Prontuário | | | | |
| Endereço ANTONIO FERNANDES, SN | | Bairro CENTRO | Município CURRAL DE CIMA | UF PB | | | | |
| Acidente QUEDA / OUTROS | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional MIGUEL NUNES RODRIGUES TERCEIRO NETO | Nº Cons. Regional 12002/PB | | | | | |
| Data/Hora Classificação 11/03/2019 11:29:02 | | Data/Hora Prescrição 11/03/2019 11:38:45 | | | | | | |
| Anamnese - CIRURGIA GERAL PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 1 HORA. REFERE DOR NO PÉ DIREITO, TORAX E TRAUMA NA FACE E CABEÇA. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, CERVICALGIA, COMORBIDADES OU ALERGIAS. AO EXAME: A: EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. VIAS AÉREAS PÉRVIAS. B: EUPNEICO, COM BOA SATURAÇÃO, TÓRAX SEM ALTERAÇÕES, MV+ AHT SEM RA. C: NORMOCÁRDICO E NORMOTENSO, ABDOME SEM SINAIS DE PERITONITE. Pelve ESTÁVEL. D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA. E: SEM ESCORIAÇÕES OU SINAIS DE FRATURA. CONDUTA - ANALGESIA - RADIOGRAFIA DE PÉ DIREITO, TORAX / TC DE FACE E CRÂNIO - PARECERDA ORTÓPEDIA/BMF/NCR | | | | | | | | |
| EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ DIREITO | | | | | | | | |
| CID10 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descrição</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T14.9</td> <td>Traumatismo não especificado</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | Código | Descrição | T14.9 | Traumatismo não especificado |
| Código | Descrição | | | | | | | |
| T14.9 | Traumatismo não especificado | | | | | | | |
| Conduta Em observação | | | | | | | | |

MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

MIGUEL NUNES RODRIGUES TERCEIRO NETO
(CRM: 12002/PB)



Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|---|--|----------------------|
| Nome MIGUEL FRANCISCO DA SILVA | | Data de Nascimento 10/07/1952 | Idade 66a 8m 1d | Sexo MASCULINO |
| Motivo do Atendimento | | Enfermaria / Leito | | |
| Convenio SUS | | Matrícula | | |
| | | Data da entrada: 11/03/2019 11:29:02 | Data da Internação | |
| Nome do medicamento | Dose | U.M. | Orientação de Uso | Via de Admin. Veloc. |
| 1 | I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM | 0,0 | Observação: orientar para realizar radiografia de calcâneo direit em ap e perfil | |

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
CRM: 185222

Dr. José Rogaciano Machado Couto
CRM-PB 9.243
CRM-SP 185222



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201931956359

Data Nasc: 10/07/1952 - 66 anos

Paciente: MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

Data Exame: 11/03/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE

Técnica

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise

Fratura da lâmina orbital do etmoide à direita associada a hemossinus no seio maxilar correspondente e de algumas células etmoidais deste lado.

Há ainda enfisema subcutâneo na região orbital à direita, em correspondência com as alterações citadas.

Espessamento mucoso de células etmoidais, bilateralmente.

Cavidades paranasais e células do etmóide com transparência preservada.

Infundíbulo direito e recessos esfenotmoidais pérvios obliterados pelas alterações descritas.

Infundíbulo esquerdo pérvio.

Cornetos nasais assimétricos, íntegros.

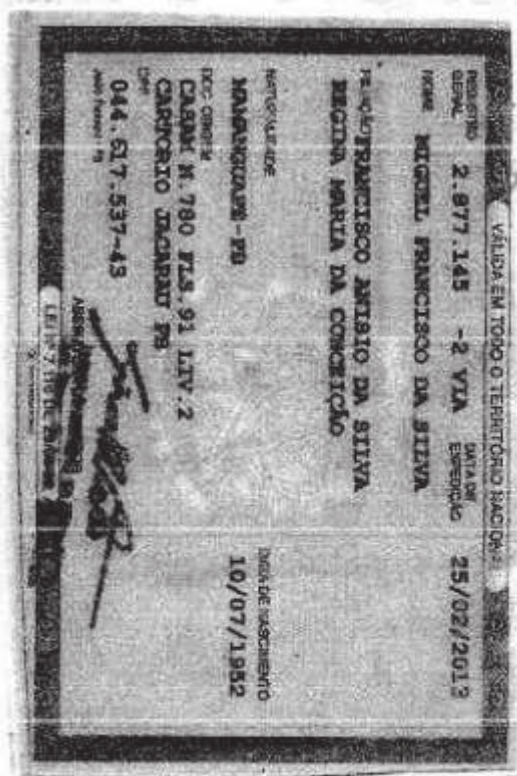
Septo nasal sem desvios significativos.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 27/03/2019 00:12 .

Tálitha Padana

Dra. Tálitha P. de Souza Marinho
CRM: 5291421-5




 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
 12 JUL. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.974.738 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 01/11/2018

NOME DANIELE MARIA DA SILVA

FILIAÇÃO MIGUEL FRANCISCO DA SILVA
MARIA JOSÉ DA SILVA

NATURALIDADE DUQUE DE CAXIAS-RJ DATA DE NASCIMENTO 14/05/1984

DOC. ORIGINAL NASC.N.2581 FLS.181 LIV.A-5
CARTÓRIO DUQUE DE CAXIAS-RJ

CPF 056.313.494-18

Assinatura: Arlete Pereira Furtado

LEI Nº 7.116 DE 25-06-83

Arlete Pereira Furtado

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

CARTÃO DE IDENTIDADE

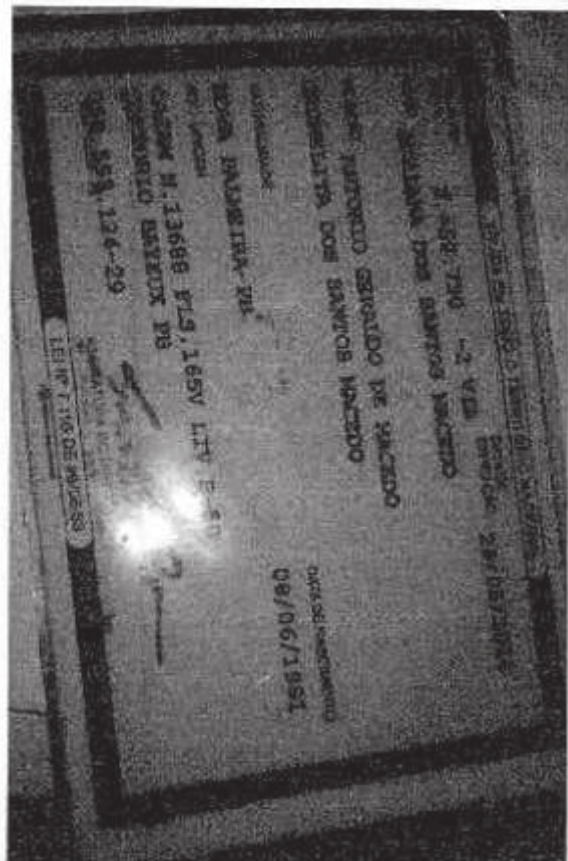
Danielle Maria da Silva





V-02

P-917



testimony has

Testimonies

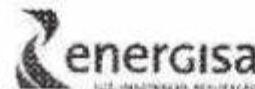


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Fórmula para simples pagamento da nota fiscal de energia elétrica: N° 025.514.181



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 16.015.325-0

| DADOS DO CLIENTE | | | CDE - CÓDIGO DO CONSUMIDOR | |
|---|--------------|---------|----------------------------|---------------|
| SEVERINO DO RAMO DA SILVA RUA SANTA LUZIA 54 QD 96 LT 08 BAYEUX | | | 5/420506-8 | |
| REFERÊNCIA | APRESENTAÇÃO | CONSUMO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
| MAI/2019 | 27/05/2019 | 97 | 03/06/2019 | R\$ 85,40 |

Acesse: www.energisa.com.br

| | | | | |
|--|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL | | | | |
| CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/06/2019 | | | | |
| Pagador: SEVERINO DO RAMO DA SILVA CNPJ/CPF: 044.995.544-38 | | | | |
| RUA SANTA LUZIA 54 QD 96 LT 08 - MARIO ANDREAZZA - BAYEUX / PB - CEP 00000-000 | | | | |
| Nosso Número | Nr Documento | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
| 26249120002018614 | 000420506201905 | 03/06/2019 | R\$ 85,40 | |
| BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA | | | | 09.095.183/0001-40 |
| BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 | | | | |
| Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3 | | | | |

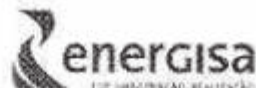
Testemunhos

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é garantia de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. N° 025.514.181



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 03.095.183/0001-40 Insc.Est. 15.015.823-0

| DADOS DO CLIENTE |
|---|
| SEVERINO DO RAMO DA SILVA RUA SANTA LUZIA 54 QD 96 LT 08 BAYEUX |

| CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR |
|----------------------------|
| 5/420506-8 |

| REFERÊNCIA | APRESENTAÇÃO | CONSUMO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|------------|--------------|---------|------------|---------------|
| MAI/2019 | 27/05/2019 | 97 | 03/06/2019 | R\$ 85,40 |

Acesso: www.energisa.com.br

| | | | | |
|--|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL | | | | |
| CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/06/2019 | | | | |
| Pagador: SEVERINO DO RAMO DA SILVA CNPJ/CPF: 044.995.544-38 | | | | |
| RUA SANTA LUZIA 54 QD 96 LT 08 - MARIO ANDREAZZA - BAYEUX / PB - CEP 00000-000 | | | | |
| Nosso Número | Nr Documento | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
| 26249120002018614 | 000420506201905 | 03/06/2019 | R\$ 85,40 | |
| BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA | | | | 09.095.183/0001-40 |
| BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 | | | | |
| Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3 | | | | |

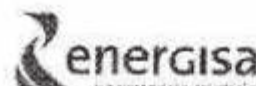
Testemunha

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de boleto.

Bolero para simplificar pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 025.514.181



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 18.215.325-0

| |
|---|
| DADOS DO CLIENTE |
| SEVERINO DO RAMO DA SILVA RUA SANTA LUZIA 54 QD 96 LT 08 BAYEUX |

| |
|-----------------------------------|
| CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR |
| 5/420506-8 |

| | | | | |
|-------------------|---------------------|----------------|-------------------|----------------------|
| REFERÊNCIA | APRESENTAÇÃO | CONSUMO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
| MAI/2019 | 27/05/2019 | 97 | 03/06/2019 | R\$ 85,40 |

Acesse: www.energisa.com.br

| | | | | |
|--|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL | | | | |
| CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/06/2019 | | | | |
| Pagador: SEVERINO DO RAMO DA SILVA CNPJ/CPF: 044.995.544-38 | | | | |
| RUA SANTA LUZIA 54 QD 96 LT 08 - MARIO ANDREAZZA - BAYEUX / PB - CEP 00000-000 | | | | |
| Nosso Número | Nr Documento | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
| 26249120002018614 | 000420506201905 | 03/06/2019 | R\$ 85,40 | |
| BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA | | | | 09.095.183/0001-40 |
| BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 | | | | |
| Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3 | | | | |

testamento

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190426038 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIGUEL FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 11/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAÇO DE FRATURA EM ASSOALHO DE ÓRBITA DIREITA.
FRATURA FECHADA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P1/4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190426038 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIGUEL FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 11/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAÇO DE FRATURA EM ASSOALHO DE ÓRBITA DIREITA.
FRATURA FECHADA DO MALÉOLO MEDIAL DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P1/4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236577/19

Vítima: MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

CPF: 044.617.537-43

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/03/2019

Titular do CPF: MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MIGUEL FRANCISCO DA SILVA : 044.617.537-43

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/07/2019
Nome: MIGUEL FRANCISCO DA SILVA
CPF: 044.617.537-43

MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/07/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA